



**Universidad  
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza  
Facultad de Ciencias de la Salud**

***Máster de Iniciación a la Investigación en  
Ciencias de la Enfermería***

**Curso Académico 2019/20**

**TRABAJO FIN DE MÁSTER**

Calidad del sueño en las personas mayores en un centro sociosanitario, factores  
relacionados con insomnio

Sleep quality in older people in a social health center, factors related to insomnia

**Autor/a:** Iryna Havrylyak

**Director/a:** Dra. Beatriz Sanz Abos



## INDICE

Resumen	04
Abstract	05
Introducción	06
Hipótesis	13
Objetivos	13
Método	14
a. Diseño del estudio	
b. Población del estudio:	
Periodo de estudio	
Criterios de inclusión	
Criterios de exclusión	
c. Fuentes	
d. Recogida de información	
e. Variables analizadas	
f. Análisis realizado	
Resultados	20
Discusión	35
Limitaciones del estudio	40
Conclusiones	41
Bibliografía	42
Anexos	
I. Cuestionario sociodemográfico anónimo	45
II. Cuestionario Oviedo del sueño	47
III. Perfil de Salud de Nottingham	48
IV. Índice de Barthel	50
V. Acuerdo de confidencialidad con la dirección del Centro	53
VI. Informe dictamen favorable CEICA	54
VII. Documento de información a participantes	55
VIII. Consentimiento informado	56
IX. Sublicencia en BiblioPRO de Perfil de Salud de Nottingham	57
X. BiblioPRO: Cuestionario de Oviedo	58
XI. BiblioPRO: Índice de Barthel	59



## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Distribución por edad en media	20
<b>Tabla 2.</b> Distribución de frecuencia por edad	20
<b>Tabla 3.</b> Relación entre edad y actividades diarias, visitas, apoyo usado	23
<b>Tabla 4.</b> Valores subjetivos de sueño percibido en total	24
<b>Tabla 5.</b> Valores subjetivos de sueño percibido según sexo	25
<b>Tabla 6.</b> Relación insomnio entre toma medicamento y según sexo	26
<b>Tabla 7.</b> Resultados del PSN, distribución de frecuencias	27
<b>Tabla 8.</b> Resultados del PSN, puntuaciones medias	27
<b>Tabla 9.</b> Relación de puntos medios entre uso de medicamento y función de sueño	28
<b>Tabla 10.</b> Distribución de sueño con puntos PSN según uso de medicamento	29
<b>Tabla 11.</b> Grupos de edad, uso de medicamento y sueño obtenido	30
<b>Tabla 12.</b> Relación media entre edad y sueño percibido	31
<b>Tabla 13.</b> Relación media entre sexo y sueño percibido	31
<b>Tabla 14.</b> Distribución de frecuencia entre sexo y sueño percibido	31
<b>Tabla 15.</b> Resumen dependencia por edad	32
<b>Tabla 16.</b> Resumen dependencia por sexo	33
<b>Tabla 17.</b> Relación entre dependencia y calidad de vida (PSN)	34
<b>Tabla 18.</b> Relación entre dependencia y sueño	34

## INDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Histograma de frecuencia por edad en Centro Social	21
<b>Gráfico 2.</b> Presentación grafica de análisis sociodemográfico	22
<b>Gráfico 3.</b> Grafica de sectores de satisfacción subjetiva de sueño	25
<b>Gráfico 4.</b> Diagrama de caja entre uso de psicofármaco y sueño percibido	29
<b>Gráfico 5.</b> Diagrama de caja entre sexo y sueño percibido	32
<b>Gráfico 6.</b> Grafica de sectores de dependencia en centro	33



## **RESUMEN**

### **Introducción**

La salud es el elemento más importante del bienestar de las personas mayores. Con la edad los patrones del sueño tienden a cambiar. El proceso de envejecimiento y enfermedades los lleva a tener dificultades para conciliar el sueño. El insomnio es uno de los problemas más comunes y en combinación con trastornos del sueño demanda más estudios e investigaciones para mejorar la vida de personas en edad avanzada.

### **Objetivos**

Valorar el sueño de personas mayores en un centro sociosanitario y ver cómo influye la realización de actividades, la toma de psicofármacos en la calidad del sueño y la calidad de vida.

### **Método**

Estudio observacional descriptivo transversal para valorar el sueño y la calidad de vida de residentes institucionalizados en el Centro Social Virgen del Pilar de Zaragoza. Se ha utilizado el cuestionario sociodemográfico, el cuestionario calidad del sueño de Oviedo y el cuestionario de Perfil de Salud de Nottingham (PSN) y la valoración de dependencia con el Índice de Barthel.

Se ha analizado las variables que influyen en la calidad del sueño mediante el paquete estadístico de R Commander v. 3.6.2.

### **Resultados**

Según PSN el nivel de salud percibido se asocia significativamente con el nivel de actividades y el buen sueño, dando un papel importante a la percepción subjetiva del estado de bienestar y estado de sueño según escala de Oviedo. El 85,2% de residentes utiliza psicofármacos que significa que las personas necesitan ayuda de fármacos para el insomnio. Se observa significación estadística entre edad (80-95 años) y actividades ocupacionales, de visitas y apoyo usado para realizar una vida activa que mejora la percepción del bienestar, del sueño, la salud y la calidad de vida. El estudio presenta qué el grado de dependencia entre las franjas de edad entre 60-100 años en este centro no tienen significación estadística para el sueño.

### **Conclusión**

Las personas menos activas e inmovilizadas, con baja calidad de vida tienen más trastornos del sueño. El uso de psicofármacos mejora el sueño y el bienestar de las personas mayores.

### **Palabras clave**

Insomnio, Persona mayor, Calidad del sueño, Calidad de vida.



## **ABSTRACT**

### **Introduction**

Health is the most important element of the well-being of the elderly. With age, sleep patterns tend to change. The aging and disease process leads them to have difficulty falling asleep. Insomnia is one of the most common problems and in combination with sleep disorders demands more studies and research to improve the lives of elderly people.

### **Objectives**

Assess the sleep of the elderly in a social health center and see how the realization of activities, the taking of psychopharmaceuticals in quality of sleep and quality of life influences.

### **Method**

Cross-cutting descriptive observational study to assess the sleep and quality of life of institutionalized residents in Centro Social Virgen del Pilar de Zaragoza. The sociodemographic questionnaire, Oviedo Sleep Quality Questionnaire and Nottingham Health Profile questionnaire, dependency assessment with the Barthel Index have been used.

Variables that influence sleep quality have been analyzed using the R Commander v. 3.6.2 statistical package.

### **Results**

According to PSN the perceived level of health is significantly associated with the level of activities and good sleep, giving an important role of subjective perception of the state of well-being and sleep status according to Oviedo scale. 85.2% of residents use psychopharmaceuticals which means people need drug help for insomnia. Observe statistical significance between age (80-95 years) and occupational, visitation and support activities used to realize active life that improves perception of well-being, sleep, health and quality of life. Study shows that the degree of dependence between age ranges between 60-100 years in this center have no statistical significance for sleep.

### **Conclusion**

Less active and immobilized people with low quality of life have more sleep disorders. The use of psychopharmaceuticals improves the sleep and well-being of older people.

### **Keywords**

Insomnia, Older person, Sleep quality, Quality of life.



## INTRODUCCIÓN

El insomnio es el trastorno de sueño más frecuente en la población. El problema para iniciar o mantener el sueño, frecuentes despertares, sueño no reparador repercuten en la vida diaria de la persona. Son causa de múltiples trastornos que afectan a la calidad de vida y puede ser motivo de empeoramiento de la salud. En los últimos años se ha avanzado mucho en conocer y detectar precozmente este problema y para conseguir mejorar la calidad de sueño y en consecuencia mejorar la calidad de vida necesitando utilizar diferentes recursos de forma eficiente desde diferentes niveles de atención sanitaria (Santo-Tomas, 2016).

Un sueño insuficiente puede ocasionar somnolencia diurna, disminución de la capacidad cognitiva y alteraciones en el funcionamiento psicomotor. El insomnio crónico también se relaciona con mal humor y mayor riesgo de depresión, peor calidad de vida, más riesgo de caídas y de dependencia a psicofármacos, así como mayor utilización de los servicios sanitarios. Por tanto, su atención clínica e investigación están ampliamente justificadas (López-Torres et al., 2013).

La investigadora española Teresa Sagalés del Hospital Vall de Hebrón (Barcelona) y Maurice M. Ohayon, de la Escuela de Medicina de Stanford (EE. UU.) en España publicaron en 2010 un estudio que presenta que un 20,8% de población tiene insomnio al menos 3 noches por semana como mínimo, la prevalencia es más alta en mujeres que en hombres (23% y 17,6%). En los mayores de 65 años la principal causa de insomnio son interrupciones del sueño (40%). El 3,7% tiene dificultad para dormirse y el 4,3% sufre despertares tempranos. Presenta un hallazgo significativo que cada cinco personas sufre esta alteración y utiliza fármacos para conciliar el sueño (Ohayon y Sagalés, 2010).

Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN) al menos 10% de la población española sufre algún trastorno de sueño crónico y grave, lo que equivale a 4 millones de personas. Carles Gaig Ventura, coordinador del Grupo de estudio de Trastornos de la Vigilia y Sueño de la SEN señala que “El sueño cumple un papel muy importante en nuestro metabolismo, en nuestro sistema inmunológico, en el estado de ánimo, en la memoria, en el aprendizaje. Por lo que no dormir adecuadamente puede conllevar a que surjan complicaciones endocrinas, metabólicas, psicológicas, inmunológicas y psicomotoras, además que cada vez más se considera el mal sueño



como un desencadenante o riesgo para determinados trastornos neurológicos, como ictus, Parkinson, Alzheimer o diversas enfermedades neuromusculares. En definitiva, no dormir adecuadamente es un problema de salud “(Menéndez, 2019, pp. 1-2).

Con el sueño, el organismo recoge fuerzas y repara su organismo. Las horas de sueño son individuales para cada persona e importante es que al levantarse sentirse descansado. La salud es un elemento importante para el bienestar de la persona y es más valorado en edades avanzadas porque se implica en la calidad de vida de las personas mayores. Diversos estudios han comprobado que aproximadamente 80% de los ancianos de 70 años y mayores tienen enfermedades de hipertensión, cardiovasculares, artritis, diabetes y enfermedades respiratorias. Esto tiene como consecuencia una disminución del sueño profundo, un aumento del tiempo en cama, un aumento del número de los despertares y una disminución del sueño eficaz. Cuando esto ocurre es común que los ancianos valoren negativamente la calidad de su sueño, por lo que el personal sanitario deberá determinar la causa para modificarlo (Fortuno y Moles, 2018).

El ser humano un tercio de su vida duerme. La duración del sueño nocturno varía en las distintas personas y oscila entre 4 y 12 horas, siendo más frecuente de 7 a 8 horas. La necesidad de sueño cambia de acuerdo con la edad, estado de salud, estado emocional y otros factores. El tiempo ideal de sueño es el que permite realizar las actividades diarias con normalidad. La edad es un factor determinante en el sueño de la población anciana. Un estudio llevado por Foley reveló que tan solo 20% de los ancianos estaban satisfechos con la calidad de su sueño (Foley, 1995).

Muchas personas mayores presentan problema de insomnio con relación a ajustar su vida a diferentes cambios como jubilación, cambio domicilio a residencia y pérdida de familiares.

Los trastornos del sueño afectan a individuos de todas las edades, pero su número aumenta en proporción directa a la edad. Las personas mayores manifiestan con frecuencia sus dificultades para lograr un sueño satisfactorio. Esta circunstancia, que incide negativamente en su bienestar físico y psicológico, constituye un motivo usual de consulta médica (Aparicio y Mejía, 2006).

En la actualidad las demandas por trastornos del sueño son frecuentes en las personas adultas. Las cifras de prevalencia del insomnio en muestras de población general varían



mucho de unos estudios a otros. La clasificación DSM-IV, indica un 6% de la población frente al 30% de otros estudios. Se considera que el sueño es normal si la latencia de inicio del sueño es menor de 20-30 minutos; el tiempo total de sueño de más de 6 horas; y la eficiencia del sueño de más del 85%. La alteración del sueño es causa de un deterioro significativo en el funcionamiento social, ocupacional y familiar. A pesar de su relevancia clínica y de su sencillo manejo, pasa desapercibido a los sanitarios de que la falta de tiempo, de información y recursos que impide un tratamiento y diagnóstico adecuado (Montesinos, 2017).

Las personas mayores tienen, fisiológicamente, un sueño más fragmentado y despertares nocturnos más frecuentes que los adultos jóvenes. En estudios poblacionales la prevalencia de insomnio muestra un notable incremento a medida que avanza la edad, que alcanza, según los criterios utilizados y las distintas poblaciones de estudio, a una proporción del 14 al 32% entre los mayores de 65 años. El insomnio no es solo un trastorno del sueño, pues también tiene consecuencias en la actividad diaria, conlleva mayor irritabilidad, cansancio, trastornos de la atención y de la memoria, empeora las relaciones familiares y sociales (Gras et al., 2009).

El insomnio tiene diferentes causas en personas mayores:

- Horario inadecuado – son las siestas diurnas después de la comida, a media mañana se acuestan o se levantan a las horas distintas.
- Orinar por la noche – es más frecuente en ancianos, se levanten 2 o 3 veces, además algunos tienen dificultad para conciliar el sueño de nuevo y después al día están somnolientos.
- Enfermedades – tienen insomnio por dolor, molestia, espasmos, tos, etc.
- Sedentarismo – más tiempo están inmovilizadas en sillas de ruedas, sentados en sillones.

Todos estos factores afectan de forma habitual a personas mayores y se presenta en formas leve, aguda o crónica. Observado que hasta 40% de personas mayores de 65 años tienen insomnio (“Porque sufren insomnio las personas mayores”, (s.f.).

El insomnio repercute en la esfera social, física y mental del paciente. No existe una etiología definida y por lo general es multifactorial. Uno de los principales problemas del insomnio en personas mayores es que se diagnostican en pocos casos, el 70%





personas con insomnio no comentan este problema a su médico, 26% tienen consulta por otro motivo y avisan levemente que tienen mal sueño y solo 5% pide una consulta por insomnio, por lo cual, solo algunos pacientes reciben un tratamiento adecuado. Muchos estudios descubren mayor prevalencia de insomnio en ancianos debido a polifarmacia, enfermedades crónico-degenerativas e institucionalización. En las mujeres más frecuente insomnio en los años postmenopáusicos. En los ancianos institucionalizados aumenta el riesgo de insomnio por funciones psicológicas de cambios en su ritmo de vida, alejamiento de su familia, de su domicilio habitual y por factores ambientales (compañero de habitación, ruido, luz encendida). El adulto mayor se encuentra menos expuesto a los estímulos externos, por lo que los estímulos internos se encuentran más débiles. Cuando los pacientes mayores tienen insomnio, presentan consecuencias clínicas como fatiga, mal estado de ánimo, somnolencia diurna, deterioro cognitivo, cefalea tensional, cognición alterada, intelecto disminuido, confusión, retraso psicomotor, irritabilidad, riesgo de lesiones, por cual puede poner en peligro la calidad de su vida y aumento de las cargas sociales y económicas para los cuidadores (Navarro-Cabrera et al., 2013).

Los ancianos son el grupo de edad donde la mayor parte de los pacientes están con demencias y tienen en su mayoría enfermedades del sueño. El manejo de los trastornos del sueño en estos pacientes es complejo. En general la persona mayor tarda más tiempo para conciliar el sueño y se despierta fácilmente. Los cambios en el ritmo cotidiano también hacen que la conciliación del sueño sea más temprana. Todos estos cambios hacen que la persona mayor obtiene menor nivel de alerta y vigilancia diurna, excesiva tendencia a dormir durante el día, cambios de humor y aumento del riesgo de caídas. En pacientes con demencia los problemas con sueño son más graves y la gravedad aumenta cuando más avanzada es la demencia. Además, tienen dificultad para explicar porque se levantan por las noches. Los cambios degenerativos en el hipotálamo y la disminución de la secreción de melatonina pueden ser los factores que contribuyan a este trastorno del sueño. En la enfermedad de Alzheimer, el sueño se caracteriza por un aumento de los despertares, tanto en la duración como en la frecuencia. Los trastornos del sueño también pueden encontrarse en demencia vascular. Algunas lesiones vasculares cerebrales pueden producir trastornos del sueño, en concreto, la lesión del núcleo talámico produce somnolencia excesiva, apatía, pérdida de iniciativa y síndrome amnésico (Echávarri y Erro, 2007).



El insomnio y la demencia es muy común que conlleven la agitación nocturna, sobretodo en casos de Alzheimer y se denomina Síndrome del Ocaso o Atardecer. Este síndrome provoca agresividad, inquietud, agitación durante las últimas horas de tarde y primeras de la noche. También conlleva pérdidas de memoria, confusión, desorientación, depresión, apatía e irritabilidad. Aparece deambulación nocturna y por el día somnolencia. Para tratar este trastorno se usan tratamiento farmacológico con terapias alternativas como educación sobre la higiene del sueño, control de los estímulos y diferentes técnicas de relajación. Se trata de una terapia conductual a través del apoyo psicosocial (Cuideo, 2018).

La práctica de ejercicio físico puede ser una alternativa sobre tratamiento para el insomnio. Además, este beneficio influye en la calidad del sueño. El sueño en cantidad y calidad adecuada proporciona la recuperación del bienestar físico y mental, mejora el estado de ánimo, la concentración, la memoria y reduce el riesgo de accidentes. Se ha demostrado una relación directa entre la calidad y cantidad del sueño y mejoría de la calidad de vida de las personas. El estilo de vida de las personas mayores con exceso de siestas durante el día, nivel bajo de actividad física presentan un riesgo significativo de insomnio. En el tratamiento no farmacológico puede utilizarse el ejercicio físico, que optimiza la calidad de vida, mejora distintos sistemas como cardiopulmonar, neuromuscular, metabólico y mental. Además, se ha demostrado que la práctica de ejercicio físico regular se asocia a la mejora en la calidad del sueño y su estructura. Por otro lado, realizar actividad física moderada por encima de 150 minutos a la semana genera beneficios para la salud, bajando los factores de riesgo. Sin embargo, en la actualidad aún no existen unas normas para seguir la frecuencia, la intensidad, el tiempo y el tipo de ejercicio que permiten su recomendación y prescripción para mejorar los trastornos del sueño en personas mayores (Moreno et al., 2020).

En estudios ya se ha demostrado que el consumo de fármacos aumenta con el avance de la edad. En la actualidad, desde la práctica sanitaria ya se intenta poner solución de no prescribir en forma abusiva fármacos hipnóticos e intentar a reestructurar el sueño en la manera más fisiológica posible, educando a los pacientes con medidas que favorecen la higiene del sueño y estilos de vida saludables, recurriendo a los fármacos solo cuando la primera opción resulta inefectiva en el tratamiento del insomnio (Martínez, Rodríguez y Gutiérrez, 2014).



Según el cuestionario sociodemográfico se verifica la necesidad de los profesionales de la salud, en especial los enfermeros, de estar preparados para actuar a favorecer el bienestar físico, mental y social de los ancianos, basadas en sus verdaderas necesidades y los factores de riesgo a la salud según los datos obtenidos (Pilger, Menon y Mathias, 2011).

El cuestionario Oviedo de Sueño (COS) es apropiado para evaluar del ritmo sueño-vigilia en los pacientes con trastornos depresivos, esquizofrénicos y bipolares. Su sencillez y brevedad facilitan su utilización tanto en la práctica clínica cotidiana como en la investigación (García-Portilla et al., 2009). El COS es un instrumento muy propio para la evaluación del insomnio en los pacientes mayores y deprimidos en la práctica clínica en España, fue desarrollada tomando como modelo teórico las clasificaciones internacionales de enfermedades utilizadas en psiquiatría, la CIE-10 y el DSM-IV. Ambas clasificaciones definen insomnio como trastorno de la cantidad, calidad u horario del sueño. Para desarrollar el COS los autores se centraron en los dos primeros trastornos de insomnio e hipersomnia. El tercer constructo, la satisfacción de persona con su sueño, es relativamente independiente. El COS podría utilizarse también en forma autoadministrada (Bobes et al., 2000).

La calidad de vida relacionada con la salud presenta interés en la investigación clínica. Existe una gran variedad de los instrumentos de medición disponibles. El Perfil de Salud de Nottingham (PSN) es un instrumento de medición que presenta gran valor para detectar y evaluar el estado de salud de los pacientes. Se mide del sufrimiento físico, psicológico y social asociado a problemas de salud y del grado en que dicho sufrimiento incide en la vida de los individuos. La fiabilidad del cuestionario ha sido elevada y han mostrado su utilidad como instrumento de medida de calidad de vida en la población, permitiendo detectar cambios en la percepción del nivel de salud en un periodo de tiempo determinado (Grao, 2002).

Ante el impacto que los problemas de salud tienen sobre la calidad de vida es importante evaluar el estado funcional de cada paciente. El Índice de Barthel es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria básicas para obtener su grado de independencia. Es fácil de aplicar, con alto grado de fiabilidad y validez, capaz de detectar cambios, fácil de interpretar y puede adaptarse a diferentes ámbitos (Solís, Arriola y Manzano, 2005).



## **Justificación del trabajo**

El insomnio es causa de múltiples trastornos que afectan a las personas mayores, entre las cuales se observa una disminución de la capacidad cognitiva, alteraciones en el funcionamiento psicomotor, riesgo de depresión, riesgo de caídas, dependencia a psicofármacos, somnolencia diurna, mal humor, mayor irritabilidad, empeora las relaciones familiares y sociales.

Debido a la alta prevalencia de este trastorno, a su influencia en la calidad de vida y al progresivo envejecimiento de la población, representa un problema con repercusiones médicas y sociales importantes por lo que se decide realizar un trabajo fin de máster que me permita estudiar la influencia del sueño de las personas mayores en la calidad de vida y sus repercusiones.



## **HIPOTESIS**

Las actividades diarias, la toma de psicofármacos, el uso de apoyo para realzar la vida activa y las visitas mejoran el sueño de las personas mayores y su calidad de vida.

## **OBJETIVOS**

- Valorar el sueño de personas mayores en un centro sociosanitario y ver cómo influye la realización de actividades, la toma psicofármacos en la calidad del sueño y la calidad de vida.
- Identificar los factores relacionados con la aparición de trastornos del sueño.
- Identificar los factores que mejoran la calidad del sueño y en consecuencia mejoran la calidad de vida de las personas mayores.
- Conocer el nivel de satisfacción subjetiva de su sueño.



## **METODO**

### **a. Diseño del estudio**

Estudio observacional descriptivo transversal para valorar el sueño y la calidad de vida de residentes institucionalizados.

### **b. Población de estudio:**

Muestra de 54 personas mayores ingresados en la residencia Centro Social Virgen del Pilar (Zaragoza).

#### Periodo de estudio:

Se acordaron 10 días para la recogida de datos entre 4 y 14 de marzo mediante cuestionarios y observación del insomnio en los residentes durante 3 meses desde marzo hasta mayo en centro el año de 2020.

#### Criterios de inclusión:

- Vivir en residencia tanto por edad como por dependencia.
- Pacientes que expresen de forma voluntaria que quieren participar en estudio y contestar el cuestionario mediante su firma en el consentimiento informado.
- Pacientes con incapacidad mental o psíquica se incluyen en observación de su sueño por la investigadora principal.

#### Criterios de exclusión:

- Personas no residentes del centro.

### **c. Fuentes:**

- **Estudio sociodemográfico mediante cuestionario de elaboración propia.**  
Es una herramienta que permite recoger información general de la persona mayor. Para la investigación los datos sociodemográficos se utilizan para obtener una visión más profunda de las personas entrevistadas y crear las estrategias de intervención, que se adapten a sus necesidades (**Anexo I**). El cuestionario tiene:



Puntos generales:

- Género (femenino, masculino)
- Edad
- Hábito tabáquico (fumador, no fumador, exfumador)
- Estado conyugal (soltero, casado, viudo, divorciado, hijos).

En la vida diaria:

- Ejercicio físico
- Participación en actividades ocupacionales
- AIVD (televisor, teléfono, libros, ordenador)
- ABVD (aseo, higiene personal, vestirse, hacer la cama)
- Visitas\_(si, no)
- Tipo apoyo utilizado\_(anda solo, bastón, andador, silla de ruedas, cama).

- **Estudio la calidad del sueño mediante Cuestionario Oviedo de Sueño (COS)**

Es una breve entrevista semiestructurada de ayuda diagnóstica para los trastornos del sueño de tipo insomnio e hipersomnia según los criterios DSM-IV y CIE-10 (Bobes et al., 1998). Su versión final española construido en la Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo en el año 2000 (**Anexo X**). Autor Bobes Julio et al. (2000) en su estudio pretende determinar las propiedades psicométricas de este nuevo instrumento para la evaluación de los trastornos del sueño. Su versión final está constituida por 15 ítems, 13 de los cuales se agrupan en 3 escalas diagnosticadas: satisfacción subjetiva del sueño (1 ítem), insomnio (9 ítems), e hipersomnia (3 ítems). Los 2 ítems restantes proporcionan información clínica sobre la posible existencia de trastornos orgánicos y sobre el tipo y frecuencia de uso de cualquier tipo de ayuda para dormir. Todos los ítems se responden mediante una escala tipo Likert. La escala de insomnio oscila entre 9 y 45, donde una mayor puntuación representa mayor gravedad del sueño (**Anexo II**).

- **Estudio la calidad de vida con Perfil de Salud de Nottingham (PSN)**

El perfil de salud de Nottingham desarrollado en Gran Bretaña en la década de los ochenta. Originalmente diseñado para evaluar problemas físicos, sociales y



emocionales. Está centrado en la evaluación subjetiva de estado de salud. Valora sentimientos y estados emocionales directamente. La versión original contenía 33 ítems, posteriormente se desarrolló otra versión de 45 ítems. La versión española desarrollada por Alonso J., Anto J.M. y Moreno C. (1990) en el Grupo de Investigación de Servicios Sanitarios (Barcelona).

PSN se mide la percepción subjetiva de los problemas de salud. Este cuestionario es adecuado para personas con un cierto nivel de afectación de la salud. Es un instrumento para la medida del estado físico, psicológico, social, emocional y grado en que este estado afecta a la calidad de vida de los individuos.

Tiene 45 ítems, 6 dimensiones de salud: Energía, Dolor, Movilidad(actividad), Reacciones emocionales, Sueño, Aislamiento social y 7 preguntas sobre causas de su estado de salud por actividades funcionales en la vida diaria: la vida social, familiar, sexual, las aficiones y el tiempo libre. La persona que contesta responde mediante palabras “Si”, “No”. Si la puntuación es “0” la persona no tiene ningún problema en su vida, la puntuación “100” indica que padece todos los problemas, es la peor puntuación posible (**Anexos III, IX**).

- **Valorar la dependencia con el índice de Barthel.**

Diseñado en 1955 por Barthel y Mahoney, fue publicado 10 años después, en 1965 y se ha convertido en uno de los instrumentos más utilizados en España (**Anexo IV, XI**) para medir de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en pacientes geriátricos (Mahoney y Barthel, 1965).

Es un instrumento para medir la autonomía de la persona en actividades de la vida diaria o grado de dependencia. Tiene 10 ítems: Comer, Bañarse, Vestirse, Arreglarse, Deposición, Micción, Ir al retrete, Trasladarse sillón-cama, Deambulación, Subir y bajar escaleras. El rango de puntuación esta entre “0” y “100” con intervalos de 5 puntos dentro de ítems (10 independiente, 5 necesita ayuda, 0 dependiente). La menor puntuación, más dependencia y la mayor puntuación es más independencia. Se interpreta:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada





- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

- **Consumo de psicofármacos mediante Hoja de tratamiento de medicación actual.**

Los médicos de Atención Primaria llevan el control de cada residente y actualizan las hojas de tratamiento que depende de su estado de salud. La enfermera del centro realiza el Informe de Enfermería para todos los residentes, donde escribe y controla la medicación actual que toma el paciente.

**d. Recogida de información:**

- Mediante la entrevista individual a los pacientes con los siguientes cuestionarios: sociodemográfico, cuestionario de Oviedo, cuestionario de Nottingham.
- Valoración la dependencia con el Índice de Barthel.
- Todos los residentes participantes del estudio son informados del propósito y aceptaron su participación, firmando el consentimiento informado.
- Pacientes, quien por su incapacidad mental o psíquica no pueden participar en las encuestas, se observa por parte de la investigadora principal la relación de su sueño, actividad en vida diaria, estado emocional y psíquico.
- A cada persona, residente del centro, se le entregará un número y toda la información del trabajo de estudio será anónima.
- Esta investigación se lleva a cabo con Acuerdo de confidencialidad con la dirección del Centro Social Virgen del Pilar (**Anexo V**), y el dictamen favorable certificado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón en su reunión del 04/03/2020 acta N.º 05/2020 (**Anexo VI**).

**e. Variables analizadas:**

Sociodemográficas:

- Edad: variable cuantitativa continua con medición de años cumplidos.
- Sexo: variable cualitativa dicotómica que caracteriza en dos categorías- hombre y mujer.



- Ejercicio físico: variable cualitativa, caracteriza que persona es activa en su vida diaria para andar dentro del centro, en jardín, pasear con familiares en la calle en categorías – nunca, alguna vez, diario.
- Participación en actividades ocupacionales: variable cualitativa, categoriza – nunca, alguna vez, diario.
- Visitas de familiares: variable cualitativa, caracteriza si paciente recibe visitas de familiares, amigos, conocidos o trabajador social.
- Capacidad funcional: variable cualitativa, caracteriza que Actividad Básica de Vida Diaria (ABVD) realiza paciente sin ayuda. Son - caminar, subir/bajar escaleras, vestirse, hacer la cama, aseo e higiene personal.
- AIVD – las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria: variable cualitativa, categoriza – nunca, alguna vez, diario. Son actividades que requieren mayor nivel de autonomía personal. Incluyen capacidad de usar el teléfono, capacidad de manejar el televisor usando mando a distancia en su habitación.
- Usar dispositivos de apoyo: variable cualitativa, caracteriza de qué tipo de apoyo persona usa para realizar la vida activa, categoriza como: anda solo, usa bastón, usa andador, silla de ruedas y por último este encamado con cambios posturales durante el día o cambios cama-sillón.

#### Calidad del sueño:

- Variable cualitativa, caracteriza como percibe la persona su sueño con valoración subjetiva en categorías – muy satisfecho, bastante, satisfecho, moderado, insatisfecho. Además, categoriza como en realidad duerme – insomnio leve, moderado, severo o duerme bien.

#### Calidad de vida:

- El nivel de salud percibido se asocia significativamente con el nivel de sueño, estado emocional, energía y movilidad (actividad) personal que favorece autonomía personal y mejora la calidad de vida.
- Variable cuantitativa que caracteriza dimensiones de la salud: Energía, Movilidad (actividad diaria), Reacciones emocionales y Sueño en puntos. Que “0” puntos – no padece ningún problema, mejor puntuación posible, “100” puntos – padece todos los problemas, peor puntuación posible y peor calidad de vida.



Valoración dependencia:

- Variable cualitativa que caracteriza grado de dependencia de residente en categorías – dependencia total, severa, moderada, escasa, independencia.

**f. Análisis realizado:**

**Análisis descriptivo**

Análisis descriptivo de todas las variables mediante proporciones, medidas de tendencia central con un intervalo de confianza al 95%.

**Análisis inferencial**

Análisis con Chi-cuadrado entre variables cualitativas que permite estudiar si existe o no independencia entre dos variables y test exacto de Fisher para determinar seguro evidencia en contra de la hipótesis nula.

Test T de Student de dos variables cual de una es cualitativa y otra cuantitativa para determinar una diferencia significativa entre las medias de dos variables independientes.

Valor p se define que si nivel de significancia de 0,05 es menos ( $p < 0,05$ ) – existe asociación entre dos variables, se rechaza hipótesis nula y resultado es estadísticamente significativo. Si  $p > 0,05$  – no se puede rechazar hipótesis nula, las dos variables es independientes y no están asociadas.

Los datos introducidos, almacenados y analizados mediante del paquete estadístico de R Commander v. 3.6.2.



## RESULTADOS

### Características de la muestra

**Tabla 1. Distribución por edad en media**

Media	DT	Min.0%	Q1 25%	Mediana 50%	Q3 75%	Max 100%	n.º
<b>Hombre</b>							<b>8</b>
84,25	7,72	71	78,5	87	90,25	82	
<b>Mujer</b>							<b>46</b>
88,13	7,90	63	84	89,5	94	101	
<b>Total</b>							<b>54</b>
<b>87,56</b>	<b>7,93</b>	<b>63</b>	<b>83,25</b>	<b>89</b>	<b>93</b>	<b>101</b>	

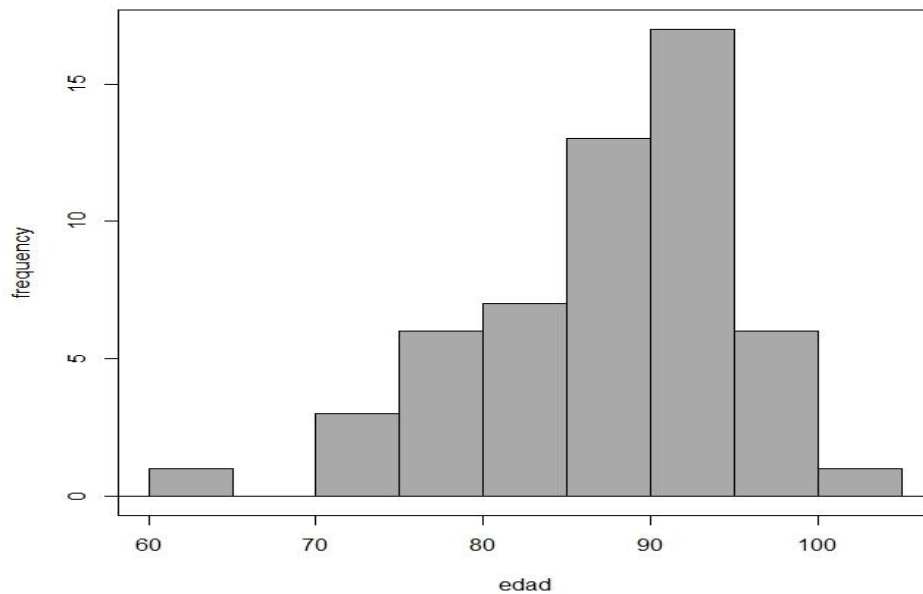
La edad media de los participantes fue de 87,56 años, con una desviación típica (DT) de 7,93, teniendo el participante más joven de 63 años y el más mayor de 101 años. De los 54 residentes eran mujeres 46 (85,2%) y hombres 8 (14,8%).

**Tabla 2. Distribución de frecuencia por edad**

Edad	Hombre		Mujer		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
<b>63</b>	-	-	1	2,17	<b>1</b>	<b>1,85</b>
<b>70-75</b>	1	12,5	2	4,35	<b>3</b>	<b>5,56</b>
<b>75-80</b>	2	25	4	8,70	<b>6</b>	<b>11,11</b>
<b>80-85</b>	1	12,5	8	17,39	<b>9</b>	<b>16,67</b>
<b>85-90</b>	2	25	9	19,57	<b>11</b>	<b>20,37</b>
<b>90-95</b>	2	25	16	34,78	<b>18</b>	<b>33,33</b>
<b>95-100</b>	-	-	5	10,87	<b>5</b>	<b>9,26</b>
<b>101</b>	-	-	1	2,17	<b>1</b>	<b>1,85</b>
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>



**Gráfico 1. Histograma de frecuencia por edad en Centro Social**

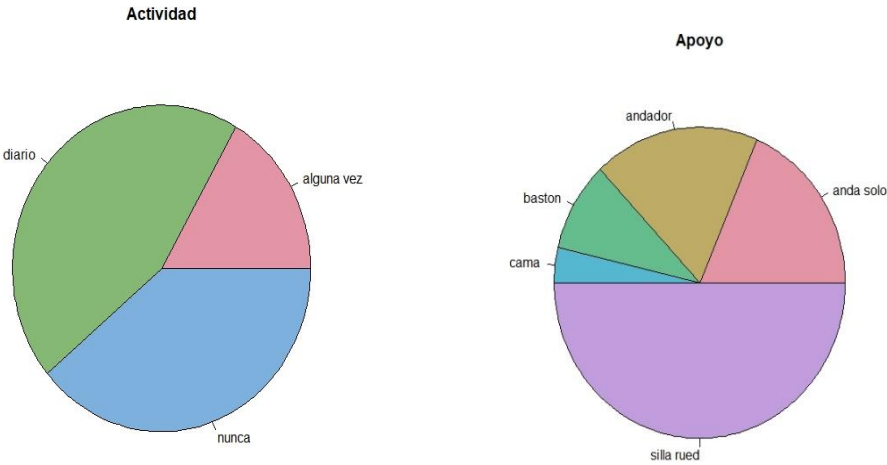


Observado que la edad más frecuente en el Centro Social es 90-95 años con 18 personas (33,33%) siendo mujeres el 34,78 % y 25% hombres. Seguido es edad de 85-90 años con 11 personas (20,37%) y último en rango de frecuentes es edad de 80-85 años con 9 personas (16,67%).



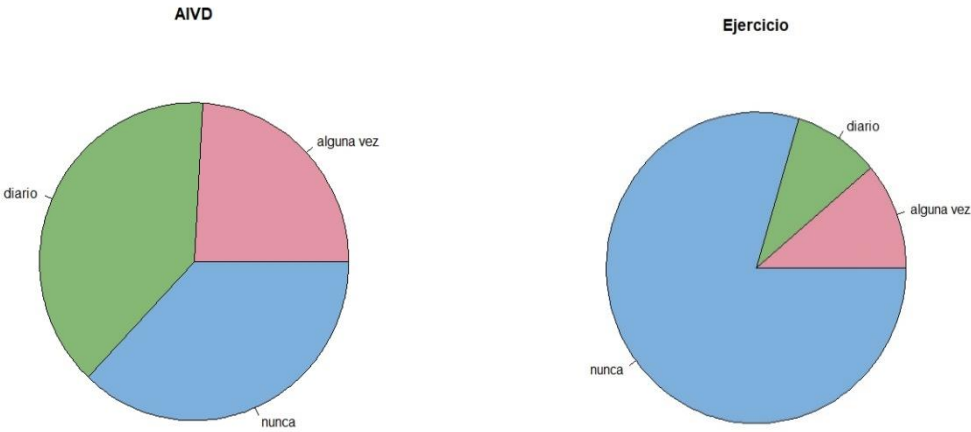
**Análisis sociodemográfico**

**Gráfico 2. Presentación grafica de análisis sociodemográfico**



**Actividad ocupacional**

**Apoyo usado**



**AIVD: TV, Teléfono**

**Actividad física**



**Tabla 3. Relación entre edad y actividades diarias, visitas, apoyo usado**

Años	60-65	70-75	75-80	80-85	85-90	90-95	95-101	Total n.º %	p-valor
<b>Activ.física</b>									
Alg. vez		1	2	1	2			6 11,11	0,483
Diario		2		2		1		5 9,26	
Nunca	1		4	6	9	17	6	43 79,63	
<b>Ocupacional</b>									
Alg. vez		1	1	2	1	2	2	9 16,67	0,03
Diario	1	2	2	5	4	9	1	24 44,44	
Nunca			3	2	6	7	3	21 38,89	
<b>AIVD (TV, Teléfono)</b>									
Alg. vez			1	2	4	3	3	13 24,07	0,348
Diario	1	3	2	5	3	7		21 38,89	
Nunca			3	2	4	8	3	20 37,04	
<b>Visitas</b>									
Si		1	3	7	6	13	5	35 64,81	0,029
No	1	2	3	2	5	5	1	19 35,19	
<b>Apoyo usado</b>									
Anda solo		2	2	1	2	13		10 18,52	0,0005
Bastón			2	1	1	1		5 9,26	
Andador		1	1	1	4	3		10 18,52	
Silla de ruedas	1		1	5	4	11	5	27 50	
Cama				1			1	2 3,7	



El estadístico de distribución de frecuencias es significativo en relación entre la edad y las actividades ocupacionales ( $p = 0,03$ ), de visitas ( $p = 0,029$ ) y apoyo usado para realizar vida activa ( $p = 0,0005$ ). Más activo en manualidades y actividades ocupacionales se observa en la edad de 90-95 años. Muy positivo para las residentes son las visitas de parientes (hijos, nietos), amigos y conocidos. Las personas que reciben visitas presentan mejor sueño y se sienten más saludable, que las personas sin visitas. Además, se observa si la persona usa apoyo adecuado y realiza su vida en plena actividad, esta persona percibe bienestar y mejora la salud en su vida diaria. Test exacto de Fisher presenta relación significativa para el uso de apoyo ( $p\text{-valor} = 0,0136$ ) y las visitas ( $p\text{-valor} = 0,01693$ ) con un mejor sueño percibido.

No tiene significación ( $p\text{-valor} = 0,35$ ) para las residentes el uso de televisores, el uso de teléfono a quien los puede utilizar, la mayoría usa los teléfonos fáciles, solo una persona usa tablet con servicio de voz, porque es ciega. Según el cuestionario se usan TV y teléfono alguna vez solo el 24,07% (13 personas), a diario el 38,89% (21 persona) y nunca lo utilizan el 37,04% (20 personas).

Ejercicio físico (paseos a jardín, andar por residencia, por la calle con acompañante) solo lo realizan 11 personas (6 alguna vez, 5 a diario) y no tiene significación del total de personas de la residencia ( $p\text{-valor} = 0,48$ ).

## Resultados según cuestionario Oviedo

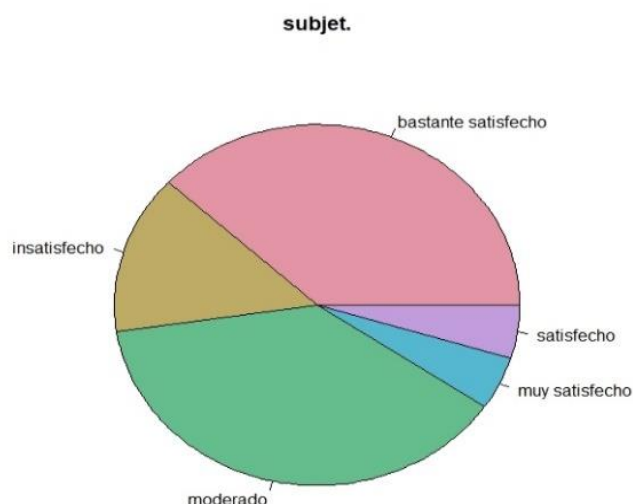
**Tabla 4. Valores subjetivos de sueño percibido en total**

Sueño	Muy satisfecho		Bastante satisfecho		Satisfecho		Moderado		Insatisfecho		Total	
Sexo	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
hombre	0	0	4	7,4	0	0	2	3,7	2	3,7	8	14,8
mujer	3	5,6	16	29,6	3	5,6	17	31,5	7	13,0	46	85,2
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>5,6</b>	<b>20</b>	<b>37,0</b>	<b>3</b>	<b>5,6</b>	<b>19</b>	<b>35,2</b>	<b>9</b>	<b>16,7</b>	<b>54</b>	<b>100</b>





**Gráfico 3. Grafica de sectores de satisfacción subjetiva de sueño**



En valores subjetivos del sueño percibido el Chi- cuadrado = 2,1378, p-valor = 0,7104. No presenta relación significativa estadística. La mayoría de las personas en la residencia están bastante satisfechas con su sueño (37%). Muy satisfechos y satisfechos esta solo mujeres en proporción por 5,6%. De 35,2% residentes valoran su sueño como moderado. El 16,67% percibió su sueño como insatisfecho. Un papel importante es la buena percepción subjetiva de su estado de sueño y bienestar, que mejora el estado de salud y calidad de vida de la persona mayor.

**Tabla 5. Valores subjetivos de sueño percibido según sexo**

Sueño	Muy satisfecho		Bastante satisfecho		Satisfecho		Moderado		Insatisfecho		Total	
Sexo	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
hombre	-	-	4	50	-	-	2	25	2	25	8	100
mujer	3	6,5	16	34,8	3	6,5	17	37	7	15,2	46	100

Los hombres tienen mayor prevalencia de satisfacción del sueño que las mujeres en relación de 50% los hombres y 34,8% las mujeres (bastante satisfecho).



**Tabla 6. Relación insomnio entre toma medicamento y según sexo**

Insomnio	No		Leve		Moderado		Severo		Total	
Medicamento	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
No	6	11,1	2	3,7	-	-	-	-	8	14,8
Si	5	9,3	14	25,9	23	42,6	4	7,4	46	85,2
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>20,4</b>	<b>16</b>	<b>29,6</b>	<b>23</b>	<b>42,6</b>	<b>4</b>	<b>7,4</b>	<b>54</b>	<b>100</b>
Sexo										
hombre	2	25	2	25	4	50	-	-	8	100
mujer	9	19,6	14	30,4	19	41,3	4	8,7	46	100

En el Centro Social 8 personas no toman ningún medicamento para el sueño y 46 personas toman diferentes psicofármacos. Estadísticamente presenta diferencia significativa entre datos de sueño y toma medicamentos (p-valor = 0.00034). Odds-ratio (OR) = 0, intervalo confidencial 95% entre 0 y 0,92. Si OR es menos 1, esto significa que las personas tienen protección contra el insomnio con ayuda medicamentosa.

El 29,63% de la muestra de estudio presenta insomnio leve, 42,59% moderado, 7,41% severo y 20,37% no presenta insomnio. El 85,2% de residentes utiliza psicofármacos. Siendo utilizada este tipo de ayuda el 42,6% padecen insomnio moderado y 7,4% severo, el resto de los residentes tienen insomnio leve 25,9% y duermen bien solo el 9,3%. Los residentes que no utilizan ayuda medicamentosa representan el 14,8% y todos duermen bien (de 8 personas y solo 2 de ellos presentan algunos días leves distorsiones del sueño).

La relación entre sexo y sueño no tiene significación estadística (p-valor = 0,81). Mostrado que las mujeres de 41,3% y los hombres de 50% tienen un sueño moderado. Insomnio leve se presentó en un 29,6% del total de personas, siendo hombres 25% y mujeres 30,4%.



## Análisis de Perfil de Salud de Nottingham (PSN)

**Tabla 7. Resultados del PSN, distribución de frecuencias**

PSN	Adecuado *0-25		Moderado 26-50		Severo 51-75		Grave 76-100		Total	P-valor
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
<b>Energía</b>	23	42,59	20	37,04	9	16,67	2	3,7	54	100
<b>Emocional</b>	30	55,56	21	38,89	3	5,56	-	-	54	100
<b>Sueño</b>	14	25,93	21	38,89	12	22,22	7	12,96	54	100
<b>Movilidad</b>	8	14,81	19	35,19	24	44,44	3	5,36	54	100

\* 0 – no padece ningún problema, mejor puntuación posible, 100 – padece todas las cosas, peor puntuación posible.

El nivel de salud percibido se asocia significativamente con el nivel de sueño ( $p = 0,04$ ), estado emocional ( $p = 0,00003$ ), energía ( $p = 0,0001$ ) y movilidad (actividad) personal ( $p = 0,0001$ ).

La mayor parte de ancianos se sitúan en puntuaciones “adecuado” entre 0-25 con un 42,59% de energía y estado emocional un 55,56%. Presentan sueño un 38,89% en puntuaciones “moderado” entre 26-50 puntos y por parte de movilidad un 44,44% tiene puntos “severos” entre 51-75 y usan diferentes tipos de apoyo, que favorece autonomía personal y mejora la calidad de vida.

**Tabla 8. Resultados del PSN, puntuaciones medias**

PSN puntos	Adecuado 0-25	Moderado 26-50	Severo 51-75	Grave 76-100	Total	P-valor
<b>Energía</b>	23	20	9	2	54	0,0078*
Media 32,04	6,52	41,45	63,44	90,00		
DT 26,23	11,22	7,27	4,19	14,14		
<b>Emocional</b>	30	21	3	-	54	0,00009*
Media 30,09	19,07	41,48	60,67			
DT 15,43	9,21	7,00	1,15			
<b>Sueño</b>	14	21	12	7	54	0,0004**
Media 44,26	18,93	39,29	61,67	80,0		
DT 21,53	10,41	6,76	3,89	-		
<b>Movilidad</b>	8	19	24	3	54	0,018*



Media 53,74	25,0	45,32	66,0	85,67		
DT 17,6	-	5,73	7,05	5,13		

\* p-valor de prueba t de Student para datos relacionados entre sueño y energía, reacciones emocionales y movilidad, \*\* p-valor de prueba t de Student para datos independientes entre sueño y toma medicamento, DT – desviación típica.

La autopercepción de energía presenta diferencias significativas para la función de sueño: 23 personas tienen energía adecuada (6,52 puntos medios con DT 11,22) y 20 moderada (41,45 puntos medios con DT 7,27) en relación con el sueño. Por parte de las reacciones emocionales igual presentan significación estadística de más de media residentes (30) tienen reacciones adecuadas (19,07 puntos medios con DT 9,21) y 21 persona moderadas (41,48 puntos medios con DT 7,0) en relación con sueño. La movilidad presenta que si las personas usan algún tipo de apoyo y son más activas en su vida diaria tienen una relación positiva con su sueño, lo que significa que duermen bien (T de Student: 2,43).

En el Perfil de salud de Nottingham (PSN) ha utilizado la prueba T de Student para muestras relacionadas, con el fin de evaluar la diferencia de medias en PSN, obteniendo diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en las tareas de energía, reacciones emocionales y movilidad en relación con el sueño.

**Tabla 9. Relación de puntos medios entre uso de medicamento y función de sueño**

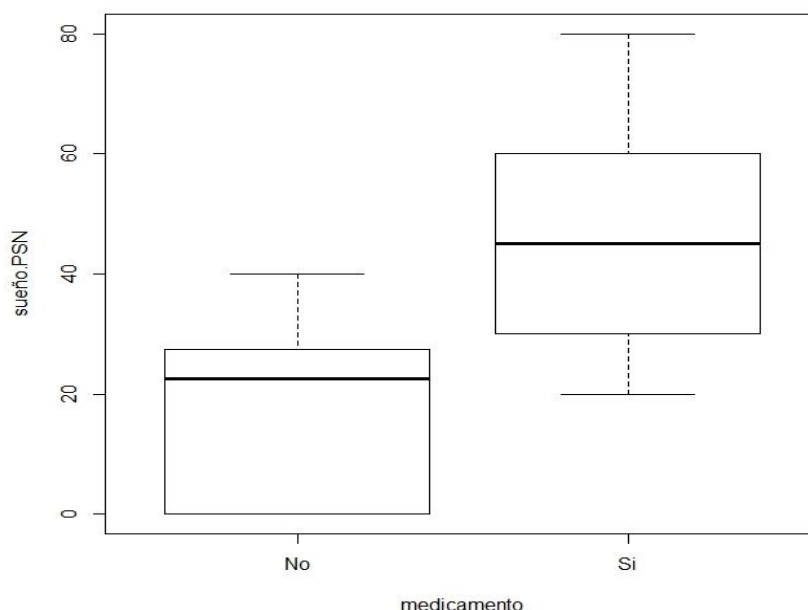
	Media	DT	IQR	0% min	25% Q1	50% mediana	75% Q3	100% máx.	n.º
<b>Sueño</b>	44,26	21,53	33,75	0	26,25	40	60	80	54
<b>Sueño con uso fármacos:</b>									
<b>No</b>	17,5	15,58	26,25	0	0	22,5	26,25	40	8
<b>Si</b>	48,91	18,94	28,75	20,0	31,25	45,0	60,0	80	46

\*DT-desviación típica, IQR-rango intercuartílico.

También se ha utilizado la prueba T de Student para muestras independientes para valorar el uso de medicamentos y sueño y los resultados obtenidos son significativos. Según test T de Student para muestras independientes el uso de medicamento y sueño obtenido p-valor = 0,0003574 con intervalo de confianza entre 17,81 y 45,02 puntos, que es muy bueno para mejora del sueño y bienestar de la persona mayor.



**Gráfico 4. Diagrama de caja entre uso de psicofármaco y sueño percibido**



En la muestra si la persona duerme sin usar medicamento los puntos medios de sueño están en un 17,5 (mediana 22,5), que significa que no tienen problemas con el sueño (8 personas). La mayoría de los residentes (46 personas) tienen problemas de sueño y con uso de ayuda medicamentosa cambian la calidad de sueño desde grave a moderado (48,91 puntos con mediana 45).

**Tabla 10. Distribución de sueño con puntos PSN según uso de medicamento**

<b>Fármaco NO</b>			<b>Fármaco SI</b>	
<b>Sueño puntos</b>	<b>n.º</b>	<b>%</b>	<b>n.º</b>	<b>%</b>
0-10	3	37,5	-	-
11-20	1	12,5	1	2,17
21-30	3	37,5	11	23,91
31-40	1	12,5	11	23,91
41-50			4	8,70
51-60			10	21,74
61-70			2	4,35
80			7	15,22
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>



La puntuación mínima de 0-10 puntos la tienen 3 personas quienes no toman ningún fármaco, todas son mujeres de 74, 86 y 94 años. La puntuación de 20 la tienen 2 personas: una mujer de 71 año que toma fármaco y una mujer de 80 años sin usar fármaco. La mejor puntuación de sueño (0-20) la tienen mujeres en rango de edad entre 71 y 94 años.

La puntuación máxima de 80 puntos de mal sueño la tienen 7 personas de rango de edad entre 77 y 95 años, 2 hombres y 5 mujeres, todos usan fármacos para dormir.

**Tabla 11. Grupos de edad, uso de medicamento y sueño obtenido**

Edad	60-65	70-75	75-80	80-85	85-90	90-95	95-100	100-105	Total n.º %	p-valor
<b>Medicamento psicofármaco</b>										
no		1 1,85	1 1,85	2 3,7	2 3,7	2 3,7			8 14,81	0,9812
si	1 1,85	2 3,7	5 9,26	7 12,96	9 16,68	16 29,63	5 9,26	1 1,85	46 85,19	0,0092
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>54 100</b>	
<b>Sueño</b>										
adecuado		3 5,56	1 1,85	3 5,56	4 7,4	3 5,56			14 25,93	0,1858
moderado	1 1,85		2 3,7	4 7,41	2 3,7	7 12,97	4 7,41	1 1,85	21 38,89	0,0494
severo			1 1,85	2 3,7	3 5,56	5 9,26	1 1,85		12 22,22	0,2922
grave			2 3,7		2 3,7	3 5,56			7 12,96	0,0579
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>54 100</b>	

La edad es estadísticamente significativa en relación con el uso de psicofármacos (p-valor = 0,0092). Los que más toman medicamentos para el sueño están entre los 90-95 años, son 29,63 %. Tienen sueño moderado 12,97%, sueño severo 9,26%, adecuado y grave por un 5,56%.

Entre edad y sueño no tenemos diferencia estadística. En cualquier edad la persona mayor puede tener o no tener insomnio. Estas variables son independientes.



**Tabla 12. Relación media entre edad y sueño percibido**

Edad	n.º %	Media años	DT	IQR	0% min	25% Q1	50% mediana	75% Q3	100% máx.
<b>Sueño</b>									
adecuado	14 25,93	84,21	7,85	8,25	71	80,5	85,5	88,75	94
moderado	21 38,89	89,10	8,97	10,0	63	85	91	95	101
severo	12 22,22	88,83	5,83	6,75	77	85,75	90,5	92,5	96
grave	7 12,96	87,43	7,39	9,0	77	83	90	92	95

\*DT-desviación típica, IQR-rango intercuartílico.

Presenta una media de sueño adecuado con edad de 84 años (25,93%), sueño moderado – 89 años (38,89%), sueño severo – 88 años (22,22%), sueño grave – 87 años (12,96%). La tabla confirma que la gravedad del sueño es independiente de la edad.

**Tabla 13. Relación media entre sexo y sueño percibido**

Puntos PSN	Media	DT	IQR	0% min	25% Q1	50% mediana	75% Q3	100% máx.	n.º
<b>Sexo</b>									
Hombre	47,5	22,99	36,25	25	28,75	40	65	80	8
Mujer	43,7	21,48	33,75	0	26,75	40	60	80	46

Según datos obtenidos la puntuación media de sueño entre hombres y mujeres casi es igual de 47,5 y 43,7 puntos PSN (sueño moderado).

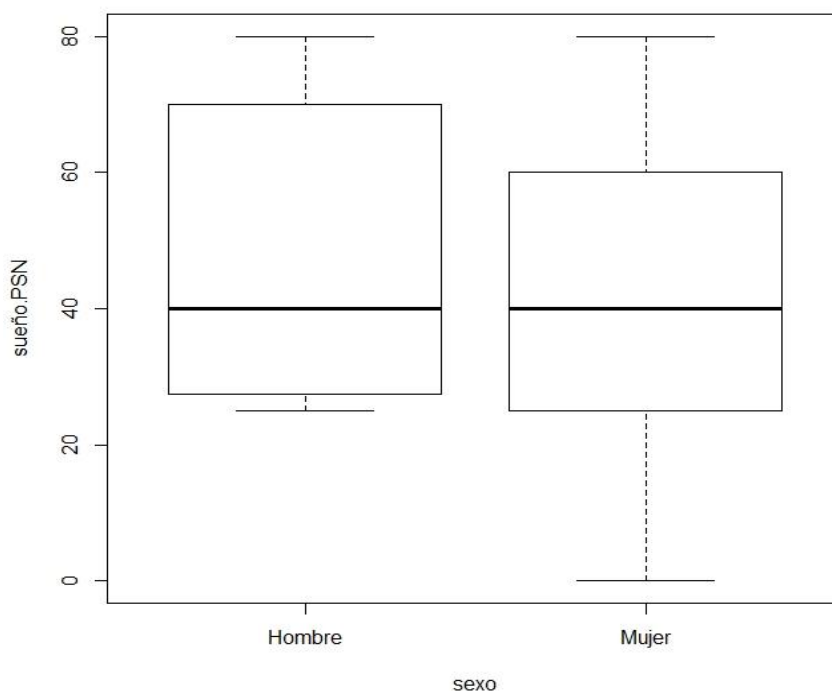
**Tabla 14. Distribución de frecuencia entre sexo y sueño percibido**

Sueño	Adecuado	Moderado	Severo	Grave	Total
Sexo	n.º %	n.º %	n.º %	n.º %	n.º %
Hombre	2 25	3 37,5	1 12,5	2 25	8 100
Mujer	12 26,1	18 39,1	11 23,9	5 10,9	46 100
<b>Total</b>	14	21	12	7	54

En porcentajes también más personas presentan un sueño moderado entre 37,5% hombres y 39,1% mujeres con una pequeña prevalencia de mujeres. De sueño grave se observa que sufren más los hombres 25% y menos las mujeres de 10,9%.



**Gráfico 5. Diagrama de caja entre sexo y sueño percibido**



El diagrama muestra que los hombres tienen peores puntos que las mujeres sobre el sueño. La mediana es igual para ambos sexos. Los hombres presentan puntos más altos de gravedad de sueño que las mujeres.

## Análisis de dependencia en centro, relación con sueño y calidad de vida

**Tabla 15. Resumen dependencia por edad**

Dependencia	N.º	%	Media edad	DT	0% edad	25% edad	50% edad	75% edad	100% edad
independiente	2	3,7	82,5	3,54	80	81,25	82,5	83,75	85
escasa	1	1,85	91	-	91	91	91	91	91
moderada	20	37,04	83,25	8,67	63	77	85,5	90	95
severa	16	29,63	89,88	5,82	77	87	91,5	94,25	97
total	15	27,78	91,27	6,86	76	87,5	93	96,5	101
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>							

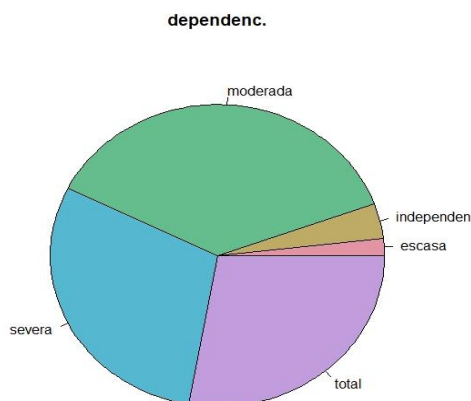
Chi-cuadrado de probabilidades es 28,037, p-valor = 0,00001226





La dependencia relacionada con la edad es estadísticamente significativa. Por edad media se observa que es más frecuente la dependencia moderada con 83 años, severa con 90 años y total con 91 y más años.

**Gráfico 6. Grafica de sectores: Dependencia en centro**



En el centro mostrado las personas independientes 3,7% (2), con escasa dependencia 1,85% (1), con moderada dependencia 37,04%, con severa dependencia 29,63% y con dependencia total 27,78%. Presentan más personas con dependencia moderada – 20 individuos y casi en iguales proporciones dependencia severa – 16 individuos y dependencia total – 15 individuos.

**Tabla 16. Resumen dependencia por sexo**

Sexo	Hombre		Mujer	
Dependencia	n.º	%	n.º	%
independiente	1	12,5	1	2,2
escasa	1	12,5	-	-
moderada	5	62,5	15	32,6
severa	1	12,5	15	32,6
total	-	-	15	32,6
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>

Chi-cuadrado de probabilidades es 12,895, p-valor = 0,0118

Los hombres tienen una prevalencia de dependencia moderada 62,5%, las mujeres tienen en iguales proporciones dependencia moderada, severa y total por 32,6%. En resumen las mujeres son más vulnerables y dependientes que los hombres.



**Tabla 17. Relación entre dependencia y calidad de vida (PSN)**

Calidad de vida puntos	Media	DT	Adecuada 0-25		Moderada 26-50		Severa 51-75		Total	
Dependencia			n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
independiente	14	-	2	3,7	-		-		2	3,7
escasa	37	-	-		1	1,9	-		1	1,9
moderada	37,4	15,77	5	9,3	11	20,4	4	7,4	20	37,0
severa	41,25	8,31	-		14	25,9	2	3,7	16	29,6
total	45	7,57	-		13	24,1	2	3,7	15	27,8
<b>Total</b>			<b>7</b>	<b>13,0</b>	<b>39</b>	<b>72,2</b>	<b>8</b>	<b>14,8</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

Chi-cuadrado de probabilidades es 22,282, p-valor = 0,004419, en test exacto de Fisher p-valor = 0,01085.

Calidad de vida relacionada con dependencia es estadísticamente significativa. Los puntos de calidad de vida grave (76-100) no se observan en la muestra. Presente en la mayoría de las personas (72,2%) una calidad de vida moderada. Se empeora la puntuación de calidad de vida en relación con la dependencia: puntos media de dependencia escasa 37, dependencia moderada 37,4, dependencia severa 41,25 y con dependencia total 45 puntos. En resumen, si la persona es más dependiente, baja su calidad de vida.

**Tabla 18. Relación entre dependencia y sueño**

Sueño	Media puntos	DT puntos	Adecuado		Modera do		Severo	Grave	Total	
Dependencia			n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
independiente	30	14,14	1	1,9	1	1,9	-	-	2	3,7
escasa	60	-	-		-		1	1,9	1	1,9
moderada	45,75	25,15	6	11,1	5	9,3	5	9,3	4	7,4
severa	43,44	21,58	3	5,6	7	13,0	4	7,4	2	3,7
total	44	18,24	4	7,4	8	14,8	2	3,7	1	1,9
<b>Total</b>			<b>14</b>	<b>25,9</b>	<b>21</b>	<b>38,9</b>	<b>12</b>	<b>22,2</b>	<b>7</b>	<b>13,0</b>

Chi-cuadrado de probabilidades es 8,9411, p-valor = 0,708, en test exacto de Fisher p-valor = 0,775 que no presenta ninguna relación estadísticamente significativa entre sueño y dependencia. Aunque se observa que, si la persona es más dependiente, con menos actividad diaria, menos energía tiene más trastornos del sueño.



## DISCUSIÓN

El estudio de Hidalgo et al. (2013) presenta que en los pacientes con insomnio que consuman hipnóticos/sedantes se ha observado una puntuación menor de la autovaloración del estado de salud percibido a la de los sujetos con insomnio no consumidores de fármacos. Se ha comprobado un peor estado de salud en ancianos con insomnio, ya sea primario o secundario a otras enfermedades mentales u orgánicas.

Según el estudio de Sagalés y Ohayon (2010) la principal causa de insomnio en personas mayores son las interrupciones del sueño y en mujeres la prevalencia es más alta que en hombres. Según nuestro estudio las mujeres tienen mejor puntuación de sueño que los hombres.

El estudio de Fortuno y Moles (2018) concluye que presentan más trastornos del sueño los hombres 69,2% en relación con las mujeres 52% con edad de 86 a 95 años. Entre pacientes que toman medicación para dormir 69% duermen mal. Quienes tienen actividad social y física son buenos dormidores. Están más satisfechas del sueño las mujeres y tienen mayor calidad de sueño que los hombres. El Índice de Barthel es similar en ambos sexos excepto en la edad de 90-99 años, donde es mayor para los hombres. Las personas institucionalizadas duermen peor debido a los ruidos en la noche, turnos de cambio de pañal, las luces, los compañeros de habitación etc. Los trastornos del inicio y mantenimiento del sueño son los más frecuentes en el paciente anciano. Los pacientes que no toman tratamiento farmacológico para dormir descansan mejor a quien lo toma.

Autores como Aparicio y Mejía (2006) concluyen que el tratamiento farmacológico no es la solución definitiva del insomnio. Los talleres de educación para la salud en grupos de pacientes con problemas de sueño permiten conocer los factores positivos y negativos del insomnio, cambios que produce en la edad y facilitan reeducar hábitos inadecuados, fomentan estilos de vida saludable y posibilitan una mejora de sueño. Además, los talleres entrenan a los pacientes en técnicas de control de estímulos y de relajación, desarrollando habilidades para su práctica diaria.

Según el estudio de la calidad de sueño a través de acelerómetros desde atención primaria de Molestinos (2017) descubrieron que los varones tienen interrupciones de sueño mayores y eficiencia del sueño menor que las mujeres. Las mujeres realizaban menos sueño diurno y tienen un tiempo de latencia superior que los hombres.



Los autores Navarro-Cabrera et al. (2013) presentan que el insomnio es un síntoma, no una enfermedad, por lo que las manifestaciones clínicas son variadas dependiendo de la enfermedad asociada. El tratamiento del insomnio es multifactorial, incluye tratamiento no farmacológico como terapia cognitiva y conductual y el tratamiento farmacológico como los benzodiacepinas y los antidepresivos.

Otros autores como Echávarri y Erro (2007) al contrario no recomiendan los antidepresivos, porque pueden agravar el trastorno de conducta del sueño REM en pacientes con demencia, sobre todo en las fases avanzadas. En ellos es especialmente recomendable reducir el consumo de cafeína y hacer ejercicio moderado por las tardes.

En la mayoría de los estudios al realizar ejercicio físico aeróbico con una frecuencia mínima de 3 veces por semana, de baja a moderada intensidad, durante 60 minutos por sesión, con un mínimo de 3 meses de intervención, sería una de las modalidades más utilizadas para el tratamiento. No obstante, el beneficio de ejercicios de otras modalidades como de flexibilidad y fuerza y su combinación también cumplen con beneficios significativos para el alivio de alteraciones del sueño (Moreno et al., 2020).

Autores como Martínez, Rodríguez y Gutiérrez (2014) en su estudio de gravedad y nivel de satisfacción subjetiva del sueño de las personas mayores residentes en un centro social descubren que el 49% de la muestra utilizan algún tipo de ayuda para dormir y de ellos 65,7% siguen con insomnio. Por otro lado, la satisfacción con el sueño es superior a otros trabajos publicados.

En la investigación de Crego y Gonzalez (2017) el insomnio predominó en el sexo femenino con prevalencia de mantenimiento de sueño a 46%. La etiología es multifactorial, entre ellos diabetes, fármacos antihipertensivos, somnolencia diurna, ámbito físico, psicológico y social. Puede estar relacionada con la dificultad para ajustar su vida a nuevos cambios (jubilación, pérdidas familiares e institucionalización) y hábitos del sueño inadecuados. Los autores recomiendan incrementar las actividades de educación en relación con el problema del insomnio y promoción de cursos para los profesionales de actualización de conocimientos sobre este tema y para la correcta detección de los casos.

El artículo de Más Romero et al. (2018) concluye que el estudio tiene baja prevalencia en el trastorno de insomnio (15%) y alta frecuencia de “malos dormidores” (77%) –



sujetos con mayor nivel de dependencia, mayor riesgo de depresión, peor estado nutricional, con dolor y polifarmacia. La prevalencia es mayor en mujeres, que usan habitualmente psicofármacos. El problema del insomnio es el más observado con más frecuencia en ancianos internados en residencias. Llama la atención una falta de correlación entre la percepción subjetiva de sueño respecto a la calidad de su sueño real: un 77% considera su sueño como muy o bastante bueno y el porcentaje de “malos dormidores” en la muestra estudiada sigue igual. Resulta que la percepción subjetiva no coincide con el sueño real en personas mayores.

El insomnio presenta un mayor impacto tanto a nivel sanitario como social. Según autores como Sebastia et al. (2017) en su estudio concluyen que el uso de métodos no farmacológicos es eficaz y aportan muchos beneficios como tratamiento del insomnio. Al contrario, en realidad han sido más estudios los que prescriben ansiolíticos e hipnóticos para el insomnio, que produce mayor tolerancia y dependencia. Por esto se debería optar en primer lugar por los tratamientos no farmacológicos. En el abordaje terapéutico del insomnio el papel fundamental de enfermería junto con el medico es usar las intervenciones no farmacológicas.

El bienestar social es un determinante de la calidad de vida y la salud de las personas mayores, por lo que implementar técnicas de socialización en intervención puede generar mejoras en la salud y la calidad de vida. Es fundamental tener apoyo de los miembros de su familia, de amigos o vecinos. Las personas mayores que tienen una red social muy amplia mantienen un nivel de bienestar mayor en relación con adultos que tienen vínculos muy reducidos. Las personas que asisten a programas institucionalizados donde realizan distintas actividades en forma de caminata, baile, aeróbicos y otras actividades lúdicas, poseen un mejor bienestar social, relacionado con una buena salud percibida y una buena calidad de vida (Mynor, 2019).

Este artículo coincide con nuestro estudio donde las personas que reciben frecuentemente visitas están más satisfechas con la vida, duermen mejor y más activas en la vida social de residencia. Esta relación es estadísticamente significativa.

Gómez y Doimeadios (2018) en su investigación de calidad del sueño de la población anciana según su vivencia en ámbito rural y urbano concluyen que la residencia en el



ámbito rural influye beneficiosamente en el sueño de las personas mayores existiendo diferencias estadísticamente significativas.

Según Mesas, López-García y Rodríguez-Artalejo (2011) la duración del sueño es una importante característica de la calidad y estilo de vida de las personas mayores. Si el anciano duerme menos de 5 horas se limita sus actividades diarias. La menor duración del sueño es un marcador de limitación funcional independiente de la comorbilidad.

Igual resultados se han obtenido en el estudio de Chen y Espeland (2016) que encontraron en las mujeres mayores una asociación estadísticamente significativa que la duración habitual del sueño largo 7-8 horas protege el riesgo futuro de deterioros cognitivos, incluida la demencia.

El estudio de Lacambra y Delgado (2019) sobre la frecuencia de trastornos del sueño y que factores están relacionados en las personas mayores institucionalizadas, descubrieron que un 80,3% de los residentes presentan mala calidad del sueño. Las personas que tenían una buena percepción de su salud dormían más de 6 horas. Los residentes que llevaban más años en la residencia dormían peor. Las autoras concluyen que el dolor, la calidad de vida, la salud auto percibida y el número de años en la residencia son los factores que más influyen en la calidad del sueño en las personas mayores.

En la investigación de Cepero et al. (2020) desarrollan que los cambios en patrones del sueño no son provocados por la edad, que la mayor prevalencia de los trastornos del sueño se debe a la depresión, discapacidades físicas, enfermedades clínicas, problemas familiares, ambientales y sociales. Los trastornos afectivos (la ansiedad y depresión) son la causa secundaria, además, la polifarmacia tiene un papel importante en el inicio del insomnio. Los autores establecen que el insomnio está estrechamente relacionado con la salud física y mental del adulto mayor y el manejo oportuno y adecuado de cada una de estas enfermedades reduce su severidad o aparición. Este estudio coincide con resultados escritos anteriormente, incluido nuestra investigación.

Los enfermeros según Hedges y Gotelli (2019) pueden incorporar la evaluación del sueño en su cuidado de los pacientes para tratar el insomnio o identificar síntomas de insomnio que pueden requerir una investigación adicional. Todos los adultos mayores son una población especial de riesgo de alteración de sueño-vigilia y los autores



proponen para oportunidades futuras incluir en la investigación estrategias no farmacológicas para promover el sueño de las personas mayores.

Pinazo-Hernandis (2020) presenta el impacto de Covid-19 a la calidad de vida y calidad del sueño de las personas mayores. La pandemia se ha extendido por los cinco continentes en el año actual 2020 tras la aparición en China en diciembre de 2019. Definida por OMS como una pandemia mundial, la Covid-19 afecta a todas las personas y especialmente a las personas mayores. La pandemia ha cambiado muchas cosas de la vida del anciano, han aumentado las conductas discriminatorias, especialmente en las residencias, como que no pueden salir a la calle, obligatorio el uso de mascarillas, reducidas visitas de familiares y en caso de confinamiento o aislamiento preventivo estar en la habitación 14 días sin salidas para reducir probabilidades de contagio. Estas medidas preventivas más restrictivas para las personas mayores representan mayor riesgo para la salud. El actual confinamiento de las personas en residencias aisladas del exterior sin salir a las zonas comunes y sobre todo de las personas con demencias tiene muchas consecuencias negativas: reducción de actividad física y su implicación en problemas de sueño, insomnio y somnolencia diurna que ya ha sido demostrado en diferentes investigaciones, afectación del estado emocional y anímico, con un aumento de la sintomatología depresiva. La cantidad y la calidad del sueño pueden afectar a las personas que padecen soledad emocional, provocando una mayor fatiga durante el día. La única fuente de vínculo social es la comunicación por videoconferencia. La autora propone nuevas investigaciones para estar preparados frente a otras crisis sanitarias, es crucial generar evidencia de calidad sobre los impactos sobre la población mayor y las posibles intervenciones para prevenir, revertir o paliar.



## **Limitaciones del estudio**

Según el centro donde he realizado la investigación la muestra presenta un tamaño estadísticamente mínimo de 54 personas.

Los residentes que tienen un estado avanzado de demencia permiten solo observación de su vida cotidiana y su sueño por la investigadora principal sin usar cuestionarios.





## CONCLUSIONES

Según el estudio sociodemográfico para las personas mayores tiene significación estadística con las actividades ocupacionales, las visitas, el uso de apoyo para realizar desplazamientos y la vida diaria activa. Los más activos se observan edades de 90-95 años. Los residentes que tienen visitas duermen mejor y están más tranquilas. Se observa que los residentes con el uso de apoyo adecuado presentan interés a la vida social de la residencia, están activas en diferentes programas ocupacionales y mejoran su salud y bienestar participando con plena actividad.

Según el cuestionario de Oviedo se observa una buena percepción subjetiva (bastante satisfecho) de su estado de bienestar y sueño, que mejora el estado de salud y la calidad de vida de la persona mayor. Los hombres tienen una menor prevalencia de satisfacción de sueño que las mujeres. Hay una relación significativa entre uso de ayuda medicamentosa y sueño. Con los fármacos la persona tiene protección contra el insomnio. La relación entre sexo y sueño no tiene significación estadística.

Según el cuestionario del Perfil de Salud de Nottingham se puede concluir que el nivel de salud percibido por los residentes se asocia significativamente con el nivel de sueño, el estado emocional, el estado de energía y la actividad personal. Se observa una subida progresiva del estado de bienestar y buen sueño si la persona en las áreas de energía, las reacciones emocionales y la movilidad activa tiene mejores puntuaciones. Las personas que no utilizan fármacos tienen un mejor sueño en relación de residentes que duermen con la ayuda medicamentosa.

Entre la edad y la gravedad del sueño no se observan diferencias estadísticas. Se muestra que hombres y mujeres en la mayoría presentan un sueño moderado con pequeña mejoría en el sexo femenino. El sueño grave se observa más en hombres.

Según la dependencia más frecuente en el centro están las personas con dependencia moderada y presenta mayor prevalencia en hombres. Las mujeres son más vulnerables y dependientes. La calidad de vida es estadísticamente significativa con la dependencia. Se ha observado que, si la persona es más dependiente, con menos actividad diaria y menos energía se baja su calidad de vida y presenta más trastornos del sueño.



## BIBLIOGRAFIA

1. ¿Por qué sufren insomnio las personas mayores? (s.f.). Recuperado 21 agosto 2020, de <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/control-patologias-cronicas/causas-insomnio-mayores.html>
2. Alonso, J., Anto, J. M., Moreno, C. (1990). Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *American journal of public health*, 80(6), 704–708. <https://doi.org/10.2105/ajph.80.6.704>
3. Aparicio, A.C., Mejía, E.A. (2006). Dificultades de sueño en las personas mayores. *Revista ROL de Enfermería*, 29(3), 48-52.
4. Bobes, J.G., García-Portilla, M.P., Saiz, P.A., Bascarán, T.F., Celso, I.A., Fernández, J.M. (2000). Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema*, 12(1), 107-112.
5. Cepero, P.I., González, G.M., González, G.O., Conde, C.T. (2020). Trastornos del sueño en adulto mayor. Actualización diagnóstica y terapéutica. *MediSur*, 18(1), 112-125. Epub 02 de febrero de 2020. Recuperado en 03 de octubre de 2020, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2020000100112&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000100112&lng=es&tlng=es).
6. Chen, J.C, Espeland, M.A. (2016). Sleep duration, cognitive decline and dementia risk in older women. *Alzheimer's Dement*, 12(1), 21-33.
7. Cid-Ruzafa, J. (2007). Valoración de la discapacidad física. El Índice de Barthel. *Revista Española Salud Publica*, 67(2).
8. Crego, C.P., Gonzalez, P.C.M. (2017). Prevalencia de insomnio y condicionantes ambientales en mayores de 65 años en atención primaria. *Gerokomos*, 28(3), 121-126.
9. Echávarri, C., Erro, M.E. (2007). Trastornos del sueño en el anciano y en las demencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl.1), 155-161. Recuperado en 21 de agosto de 2020, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000200014&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200014&lng=es&tlng=es)
10. Foley, D., Monjan, A., Brown, S., Simmonsick, E., Wallace, R., Blazer, D. (1995). Sleep complaints among elderly people: an epidemiologic study of free communities. *Sleep*, 18, 425-432.
11. Fortuño, I.C., Moles, M.P. (2018). Problemas del sueño en los mayores. *Revista Gerokomos*, 29(2), 72-78.
12. García-Portilla, M.P., Saiz, P.A., Diaz-Mesa, E.M., Fonseca, E., Arrojo, M., Sierra, P. (2009). Rendimiento psicométrico del Cuestionario Oviedo de Sueño en pacientes con trastorno mental grave. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(4), 169-177.
13. Gómez, G.M.J., Doimeadios, T.M. (2018). Influencia del ámbito de residencia en la calidad del sueño de la población anciana. *Revista Metas Enfermería*, 21(2), 57-62.



14. Grao Castellote, C. (2007). *El perfil de Salud de Nottingham y el cuestionario de salud SF-36 como instrumentos de medida de la calidad de vida en mujeres gestantes* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Servei de Publicacions, Valencia.
15. Gras, C.B., Hidalgo, J.L.T., García, Y. D., Lapeira, J. T., Ferrer, A.V., Martínez, I. P. (2009). Trastornos del sueño y condiciones ambientales en mayores de 65 años. *Atención primaria*, 41(10), 564-569.
16. Hedges, C., Gotelli, J. (2019). Managing insomnia in older adults. *The Nurse Practitioner*, 44 (9), 16-24.  
[http://www.fuden.es/ficheros\\_administrador/original/nure73\\_original\\_suenyo.pdf](http://www.fuden.es/ficheros_administrador/original/nure73_original_suenyo.pdf)
17. Insomnio en ancianos. Publicado el 16.12.2018 por Cuideo. Recuperado 21 agosto de 2020, de <https://cuideo.com/blog-cuideo/insomnio-en-ancianos/>
18. Lacambra, C.A., Delgado, R.R. (2019). Factores relacionados con la calidad del sueño en mayores. *Cuidando la salud: revista científica de enfermería*, N.º 16, 45-51.
19. López-Torres, H.J., Navarro, B.B., Párraga, M.I., Andrés, P.F., Rabanales, S.J., Simarro, H.M. (2013). El estado de salud de las personas mayores que sufren insomnio. *Gaceta Sanitaria*, 27(1), 47-52.
20. Mahoney, F.I., Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland state medical journal*, 14(2), 61-65.
21. Martínez, G.J.M., Rodríguez, M.C., Gutiérrez, R.J.A. (2014). Satisfacción subjetiva del sueño, insomnio y empleo de ayuda para dormir en la población anciana. *Nure investigación*, 11(73),12. Disponible en:
22. Más, R.M., Céspedes, A.A., Carbonell, J.L., García, A.I., Zamora, E.B., Tébar, L.A. (2018). Factores relacionados con el insomnio en ancianos internados en un centro sociosanitario. *Gerokomos*, 29(1), 17-21.
23. Menéndez, A.P. (2019). 15 de marzo de 2019: Día Mundial del Sueño. *SEN. Departamento de Prensa*, 14.03.2019, 1-2.
24. Mesas, A. E., López-García, E., Rodríguez-Artalejo, F. (2011). Duración del sueño y limitación funcional en adultos mayores. *Medicina clínica*, 136(12), 527-530.
25. Montesinos, E.T. (2017). Estudio del sueño en población de 45 a 75 años. *Revista Cuidado de salud*, 14, 123-128.
26. Moreno, R.P., Muñoz, G.C., Pizarro, M.R., Jiménez, T.S. (2020). Efectos del ejercicio físico sobre la calidad del sueño, insomnio y somnolencia diurna en personas mayores. Revisión de la literatura. *Revista española de Geriatria y Gerontología*, 55(1), 42-49.
27. Mynor, R.H. (2019). El bienestar social y su relación con la salud y la calidad de vida en personas adultas mayores. *Revista Pensamiento Actual, Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente*, 19(33), 121-135.
28. Navarro-Cabrera, J.A., Domínguez, M.R., Morales, E.M., Guzmán, S.I. (2013). Insomnio en adultos mayores. *Archivos de medicina general de México de Año*



2. Recuperado 21 agosto 2020 de  
<https://www.intramed.net/contenido.asp?contenido=83009>
29. Ohayon, M, Sagalés, T. (2010). Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep Med* ,11,1010-1018.
30. Pilger, C., Menon, M. H., & Mathias, T. A. D. F. (2011). Socio-demographic and health characteristics of elderly individuals: support for health services. *Revista latinoamericana de enfermagem*, 19(5), 1230-1238.
31. Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la Covid-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista española de Geriátría y Gerontología*, 55(5), 249-252.
32. Santo-Tomás, O.R. (2016). Introducción. En Hernández J.M., Olivarez J.L. (Coord.), *Insomnio. Pautas de actuación y seguimiento* (p. 7-9). Madrid: OMC Formación.
33. Sebastia, N.M., Ruiz, C.A., Forés, A.M., Monserrate, A.G., Ferreruelo, I.L. (2017). Insomnio: Abordaje terapéutico desde Atención Primaria. *Revista Enfermería Comunitaria*, 5(1), 27-37.
34. Solís, B.C., Arriola, S.G., Manzano, A.O. (2005).Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y rehabilitación. *Plasticidad y Restauración Neurológica*, 4(1-2), 81-85.



## ANEXOS

### ANEXO I

#### CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO ANONIMO

(Elaboración propia)

Género:

Edad: \_\_\_\_

- ☐ Femenino
- ☐ Masculino

Hábito tabáquico:

- ☐ Fumador
- ☐ No fumador
- ☐ Exfumador

Estado conyugal:

Hijos: No    Hijas \_\_\_\_    Hijos \_\_\_\_

- ☐ Soltero
- ☐ Casado
- ☐ Viudo
- ☐ Divorciado

#### **En la vida diaria**

Ejercicio físico (andar, salir al jardín del centro, pasear con familiares por las calles):

- ☐ Nunca
- ☐ Alguna vez
- ☐ Diario

Participación en actividades ocupacionales:

- ☐ Nunca
- ☐ Alguna vez
- ☐ Diario

AIVD (Ver televisión, leer libros, usar teléfono, ordenador):

- ☐ Nunca
- ☐ Alguna vez
- ☐ Diario

ABVD (Capacidad funcional, que puede realizar sin ayuda)

- ☐ Caminar



- ☐ Subir y bajar escaleras
- ☐ Aseo e higiene personal
- ☐ Vestirse, hacer la cama

Visitas de familiares, amigos, conocidos, trabajador social:

- ☐ No
- ☐ Si: diario, \_\_ veces semanales/ mensual/ anual

Tipo apoyo utilizado para favorecer autonomía personal y mejorar calidad de vida:

- ☐ Anda solo
- ☐ Bastón
- ☐ Andador
- ☐ Silla de ruedas
- ☐ Cama

**Percepción de salud:**

- ☐ Optima
- ☐ Buena
- ☐ Mala
- ☐ Pésima

Percepción de la agudeza visual:

Utiliza gafas:

Si

No

- ☐ Optima
- ☐ Buena
- ☐ Mala
- ☐ Pésima

Percepción de la agudeza auditiva:

Utiliza audífonos:

Si

No

- ☐ Optima
- ☐ Buena
- ☐ Mala
- ☐ Pésima

Percepción del estado de los dientes:

Utiliza dentadura postiza:

Si

No

- ☐ Optima
- ☐ Buena
- ☐ Mala
- ☐ Pésima

**Satisfacción con la vida:**

- ☐ Satisfecho
- ☐ Insatisfecho



## ANEXO II

### CUESTIONARIO OVIEDO DEL SUEÑO

**TABLA I. CUESTIONARIO OVIEDO DEL SUEÑO**  
(Durante el último mes)

1. <i>¿Cómo de satisfecho ha estado en el sueño?</i>	4. 4-5 días/semana
1. Muy insatisfecho	5. 6-7 días/semana
2. Bastante insatisfecho	
3. Insatisfecho	
4. Término medio	
5. Satisfecho	
6. Bastante satisfecho	
7. Muy satisfecho	
2. <i>¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para:</i>	8. <i>¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?</i>
	1. Ningún día
	2. 1-2 días/semana
	3. 3 días/semana
	4. 4-5 días/semana
	5. 6-7 días/semana
	9. <i>Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido periodos de sueño diurno ¿cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento socio-laboral por ese motivo?</i>
	1. Ningún día
	2. 1-2 días/semana
	3. 3 días/semana
	4. 4-5 días/semana
	5. 6-7 días/semana
3. <i>¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?</i>	10. <i>¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido) ...?</i>
1. 0-15 minutos	
2. 16-30 minutos	
3. 31-45 minutos	
4. 46-60 minutos	
5. Más de 60 minutos	
4. <i>¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?</i>	
1. Ninguna vez	
2. 1 vez	
3. 2 veces	
4. 3 veces	
5. Más de 3 veces	
5. <i>¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿cuánto tiempo antes?</i>	
1. Se ha despertado como siempre	
2. Media hora antes	
3. 1 hora antes	
4. Entre 1 y 2 horas antes	
5. Más de 2 horas antes	
6. <i>Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama). Por término medio, ¿cuántas horas ha dormido cada noche? _____ ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama? _____</i>	
1. 91-100%	
2. 81-90%	
3. 71-80%	
4. 61-70%	
5. 60% o menos	
7. <i>Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?</i>	
1. Ningún día	
2. 1-2 días/semana	
3. 3 días/semana	
	11. <i>¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir? (Información clínica)</i>
	1. Ningún día
	2. 1-2 días/semana
	3. 3 días/semana
	4. 4-5 días/semana
	5. 6-7 días/semana
	Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc), describir
	CATEGORIAS ÍTEMS PUNTOS
	Satisfacción subjetiva del sueño
	Ítem 1
	Insomnio Ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7
	Hipersomnio Ítems 2-5, 8, 9
	PUNTUACIÓN TOTAL



### ANEXO III

#### PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM (PSN)

**Numero identificador:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (día, mes, año)

Lee atentamente la lista de problemas.

En cada problema, si usted lo tiene, marque una cruz en la casilla del “**SI**”.

Si usted no tiene ese problema, marque una cruz en la casilla del “**NO**”.

Por favor, **conteste todas las preguntas**, si no está muy seguro/a no contestar. Señale la respuesta que usted crea que es **la más cierta** en la actualidad.

**SI      NO**

1. Siempre estoy fatigado/a
2. Tengo dolor por las noches
3. Las cosas me deprimen
4. Tengo un dolor insoportable
5. Tomo pastillas para dormir
6. He olvidado que es pasarlo bien
7. Tengo los nervios de punta
8. Tengo dolor al cambio de postura
9. Me encuentro solo
10. Solo puedo andar por dentro de casa
11. Me cuesta agacharme
12. Todo me cuesta un esfuerzo
13. Me despierto antes de hora
14. Soy totalmente incapaz de andar
15. Últimamente me resulta difícil contactar con la gente
16. Los días me hacen interminables
17. Me cuesta subir y bajar escaleras
18. Me cuesta coger las cosas
19. Tengo dolor al andar
20. Últimamente me enfado con facilidad
21. Creo que soy una carga para los demás
22. Me paso la mayor parte de la noche despierto/a
23. Siento que estoy perdiendo el control de mí mismo/a
24. Tengo dolor cuando estoy de pie
25. Me cuesta vestirme
26. Enseguida me quedo sin fuerzas





27. Me cuesta estar de pie mucho rato (*por ejemplo, haciendo cola*)
28. Tengo dolor constantemente
29. Me cuesta mucho dormirme
30. Creo que no tengo a nadie en quien confiar
31. Las preocupaciones me desvelan por la noche
32. Creo que no vale la pena vivir
33. Duermo mal por las noches
34. Me cuesta llevarme bien con la gente
35. Necesito ayuda para caminar fuera de casa (*como, por ejemplo, bastón, muletas o alguien que me ayude*)
36. Tengo dolor al subir y bajar escaleras
37. Me despierto desanimado/a
38. Tengo dolor cuando estoy sentado/a

En la lista siguiente señale “**SI**” para cada uno de los aspectos de su vida que se haya visto afectado por su salud. Conteste “**NO**” para aquellos aspectos que no estén afectados.

**SI**      **NO**

39. Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con su puesto de trabajo?
40. Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con los trabajos domésticos? (*como, por ejemplo, limpiar, cocinar, pintar, hacer reparaciones*).
41. Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con su vida social? (*como, por ejemplo, salir, ver a los amigos, ir al bar*).
42. Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con su vida familiar? (*es decir, las relaciones con los de casa*).
43. Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con su vida sexual?
44. Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con sus pasatiempos y aficiones? (*como, por ejemplo, hacer deportes, ver la TV, hacer media, etc. ...*).
45. Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con los días de fiesta? (*vacaciones, navidades, fines de semana*).

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**



## ANEXO IV

### INDICE DE BARTHEL

**Nombre**  
**Unidad/Centro**

**Fecha**  
**N.º Historia**

#### **Autonomía para las actividades de la vida diaria**

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems tipo Likert. El rango de posibles valores está entre 0 y 100 con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2 o 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0 – 20 dependencia total
- 21 – 60 dependencia severa
- 61 – 90 dependencia moderada
- 91 – 99 dependencia escasa
- 100 independencia

#### **Comer**

10	Independente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
50	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
0	Dependente	Necesita ser alimentado por otra persona.

#### **Lavarse – bañarse**

5	Independente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
0	Dependente	Necesita alguna ayuda o supervisión.

#### **Vestirse**

10	Independente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo, braguero, corsé, etc.) sin ayuda.
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.



0	Dependente	Necesita alguna ayuda.
---	------------	------------------------

#### Arreglarse

5	Independente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona.
0	Dependente	Necesita alguna ayuda.

#### Deposición

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrarse por sí solo.
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro.

#### Micción – valorar la situación en la semana previa

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo.
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana.
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.

#### Ir al retrete

10	Independente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar.
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aun es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

#### Trasladarse sillón/cama

15	Independente	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza él apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda.
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.



5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir/entrar de la cama o desplazarse.
0	Dependente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

### Deambulación

15	Independente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela.
10	Necesita ayuda	Supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador).
5	Independente en silla de ruedas	En 50 metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo.
0	Dependente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

### Subir y bajar escaleras

10	Independente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, andador, etc.).
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal.
0	Dependente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor).

<b>Fecha</b>						
<b>Puntuación total</b>						



## ANEXO V

### ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DEL CENTRO SOCIAL VIRGEN DEL PILAR

**Centro Social Virgen del Pilar**  
**C/Predicadores 115, 50003 Zaragoza**  
**Tel: 976-44-67-66**

#### **ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y DE FINALIDAD DE USO EN ESTUDIOS DE INVESTIGACION**

Dña Iryna Havrylyak, enfermera y alumna del Máster en Iniciación a la Investigación en Enfermería de la Universidad de Zaragoza de Facultad de Ciencias de la Salud para la realización de su trabajo Fin de Máster: **“Calidad de sueño personas mayores en un centro sociosanitario, factores relacionados con insomnio”** en Centro Social Virgen del Pilar mantiene siempre la debida obligación de confidencialidad y uso correcto de los datos obtenidos del mismo. Asume que este sujeto al deber de secreto con respecto a los datos a los que tenga acceso y, por tanto, estará obligado a no reproducir, modificar, hacer publica o divulgar a terceros la información a la que puede tener conocimiento con motivo de la realización de su trabajo de investigación.

El solicitante se reconoce con capacidad para obligarse a cumplir el presente Acuerdo de Confidencialidad en base a los siguientes párrafos:

- El solicitante únicamente podrá utilizar la información para la realización el trabajo Fin de Máster, comprometiéndose a mantener la más estricta confidencialidad de la información.
- Que, de conformidad con lo establecido en la ley 41/2002, el acceso a la Historia Clínica con fines de investigación obliga a presentar los datos de identificación personal del paciente de manera que quede asegurado el **anónimo**, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento informado para participar en un cuestionario de la calidad de su sueño.
- Se utiliza datos codificados de forma que no se incluye información personal del paciente en la base de datos del estudio, guardando de confidencialidad de datos.
- En caso de que la información resulta revelada o divulgada por el solicitante, será responsable de acciones civiles o penales.

El presente acuerdo entrara en vigor en el momento de la firma por ambas partes.

En Zaragoza a **19** de diciembre de 2019

Iryna Havrylyak



Directora del centro



## ANEXO VI

### INFORME DICTAMEN FAVORABLE CEICA



**Informe Dictamen Favorable  
Trabajos académicos**

C.P. - C.I. PI20/093

4 de marzo de 2020

Dña. María González Hínjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

#### **CERTIFICA**

**1º.** Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 04/03/2020, Acta Nº 05/2020 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

**Título: Calidad del sueño en las personas mayores en un centro sociosanitario, factores relacionados con el insomnio.**

**Alumna: Iryna Havrylyak**  
**Tutora: Beatriz Sanz Abos**

**Versión protocolo: febrero/2020**

**Versión documento de información y consentimiento: 29/02/2020**

**2º.** Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención de los consentimientos informados, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

**3º.** Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ  
HINJOS MARIA -  
DNI 03857456B  
Firmado digitalmente  
por GONZALEZ HINJOS  
MARIA - DNI 03857456B  
Fecha: 2020.03.09  
15:33:02 +01'00'  
María González Hínjos  
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)



## ANEXO VII

### DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

**Título de la investigación:** *Calidad del sueño en las personas mayores en un centro sociosanitario, factores relacionados con el insomnio.*

**Investigador Principal:** Iryna Havrylyak

**Centro:** Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza

Nos dirigimos a usted para solicitar su participación en un proyecto de investigación que estamos realizando en Centro Social Virgen del Pilar.

Si decide participar se le entregará una copia de esta hoja y del documento de consentimiento firmado. Por favor, consérvelo por si lo necesitara en un futuro.

Nuestro objetivo de estudio es:

Estudiar el sueño de las personas mayores en un centro sociosanitario y ver cómo influye la realización de actividad física y la toma de fármacos en la calidad del sueño. Evaluar la calidad de sueño e identificar los factores que mejoran los trastornos del sueño.

¿Qué tengo que hacer si decido participar?

Recogida la información mediante la cumplimentación de la encuesta sobre su sueño, satisfacción personal y calidad de vida, solo se necesitará unos 15 minutos por cada participante.

A cada participante se le entregará un número y toda la información del trabajo será anónima y no presenta ningún riesgo.

Sus datos personales serán tratados exclusivamente para el trabajo de investigación. Todos los datos obtenidos serán confidenciales, no se usarán para ningún otro propósito y estarán protegidos de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD 2016/679) ante el investigador principal del proyecto. Todos los datos serán anónimos y codificados, mediante un código que solo será conocido por los investigadores.

Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

¿Se me informará de los resultados del estudio?

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador le hará llegar los resultados.

¿Puedo cambiar de opinión?

Su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar, le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta. Al dar su consentimiento usted concede permiso para utilizar sus datos en el estudio.





## ANEXO VIII

### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del PROYECTO: Calidad del sueño en las personas mayores en un centro sociosanitario, factores relacionados con el insomnio.**

Yo, ..... (nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con: .....Iryna Havrylyak.....(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en este estudio.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: SI / NO (marque lo que proceda)

Doy mi conformidad para que mis datos clínicos sean revisados por personal ajeno al centro, para los fines del estudio, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante: .....

Fecha: .....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador: .....

Fecha:





## ANEXO IX

### SUBLICENCIA EN BIBLIOPRO

**Se le ha otorgado la sublicencia de *Perfil de Salud de Nottingham***

**Estado de la sublicencia:** Otorgada el 7 de enero de 2020 a las 16:01

**Válida hasta:** 31 de enero de 2020 a las 23:59

#### **Información sobre el pago**

- **Precio de la sublicencia:**
  - **Base imponible:** 0 €
  - **IVA:** 21% (0 €)
  - **Total:** 0 €
- **Número de la factura:**
- **Fecha de la factura:** No emitida
- **Número de albarán interno:** 3842\_2020-01-07-SUBL-193-19491

#### **Información sobre la sublicencia**

- **Nombre:** Iryna Havrylyak
- **País:** España
- **Fecha de solicitud:** 7 de enero de 2020 a las 13:51
- **Número de administraciones:** 1
- **Financiación mayoritaria por una entidad:** Académica
- **Entidad desde la que solicita la sublicencia:** Universidad de Zaragoza
- **Promotor del proyecto:** Estudiante

#### **Información sobre el estudio**

- **Nombre:** TFM
- **Uso:** Monitorización del estado de salud individual
- **Objetivos:** Valorar sueño de personas mayores
- **Período:** 2020-01-08 al 2020-01-31
- **Diseño:** Transversal
- **Población:** personas mayores
- **Enfermedad o síntoma:** Apoyo social
- **Modo de administración:** Por entrevistador
- **Soporte técnico:** Papel impreso

#### **Datos de facturación**

- **Razón social:** No indicado
- **CIF:** No indicado
- **Dirección:** No indicado
- **Código postal:** No indicado
- **Población:** No indicado
- **País:** No indicado
- **Teléfono:** No indicado
- **Correo electrónico:** No indicado



## ANEXO X

### BIBLIOPRO: CUESTIONARIO OVIEDO DE CALIDAD DEL SUEÑO

COCS	Versión Española	Original
<b>Nombre</b>	Cuestionario Oviedo de Calidad del Sueño	Cuestionario Oviedo de Calidad del Sueño
<b>Autor(es)</b>	Bobes J	Bobes J
<b>Referencia</b>	<a href="#">Psicothema 2000. Vol. 12, nº 1, pp. 107-112</a>	<a href="#">Psicothema 2000. Vol. 12, nº 1, pp. 107-112</a>
<b>Correspondencia</b>	Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo, Campus del Cristo Av. del Cristo s/n. 33006 Oviedo	Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo, Campus del Cristo Av. del Cristo s/n. 33006 Oviedo
<b>E-mail</b>	bobes@uniovi.es	bobes@uniovi.es

### Características

- **Conceptos medidos:** Calidad de Vida Relacionada con la Salud o Salud Percibida
- **Nº de ítems:** 15
- **Enfermedad:** Trastornos mentales y del comportamiento
- **Dimensiones:** Satisfacción subjetiva del sueño, insomnio, hipersomnio
- **Población:** Todos los géneros
- **Medidas:** Psicométrico
- **Edades:** Adultos
- **Palabras clave:** Sueño



## ANEXO XI

### BIBLIOPRO: INDICE DE BARTEL

BI	Versión Española	Original
<b>Nombre</b>	Índice de Barthel	Barthel Index
<b>Autor(es)</b>	Baztán JJ	Mahoney FI
<b>Referencia</b>	Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 1993; 28: 32- 40	<a href="#">Md State Med J. 1965 Feb;14:61-5</a>
<b>Correspondencia</b>	Juan José Baztán Cortés. Servicio de Geriatria. Hospital Central de Cruz Roja. Avda. Reina Victoria, 26. 28003 Madrid	Información en proceso de búsqueda
<b>E-mail</b>	baztanhornillos@retemail.es	

### Características

- **Conceptos medidos:** Estado funcional o actividades de la vida diaria
- **Nº de ítems:** 10
- **Enfermedad:** Genérico o Cualquier Enfermedad
- **Dimensiones:** 10
- **Población:** Todos los géneros
- **Medidas:** Psicométrico
- **Edades:** Adultos
- **Palabras clave:** Discapacidad física